

健康診断書

(鹿屋体育大学 教育実習を希望する科目等履修生用)

フリガナ		男 ・ 女	〒	
氏名			現住所	
生年月日	年 月 日		TEL	

既往歴		血圧 (mmHg)						
		脈拍 (回／分)						
自覚症状		尿検査	糖	-	+	++	+++	
			蛋白	-	+	++	+++	
身長 (cm)			潜血	-	+	++	+++	
体重 (kg)		医師の診断						
視力	右			()				
	左	()						
聴力	右1000Hz 4000Hz	1 所見なし 2 所見あり 1 所見なし 2 所見あり	医師の意見					
	左1000Hz 4000Hz	1 所見なし 2 所見あり 1 所見なし 2 所見あり						
胸部エックス線 検査		直接 / 間接 撮影日 年 月 日	備考					
		フィルム番号 No.						

備考

- 太線内は、検査前に本人が記入してください。
- 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入してください。
- 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入してください。
- 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就学上の措置について、医師の意見を記入してください。

医療機関名:

所 在 地:

年 月 日 医師 氏名:

印